

UNIVERSITE DE BORDEAUX
FACULTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1924-1925 — N° 121

DE
L'AMYGDALECTOMIE
BASES ANATOMO-PATHOLOGIQUES
INDICATIONS ET TECHNIQUE OPÉRATOIRES

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 29 Juillet 1925

PAR

Joseph-Marie-Salvat ORGOGOZO

Né à BAYONNE (Basses-Pyrénées), le 12 mai 1900.

Examineurs de la Thèse	{	MM. MOURE, professeur.....	Président.
		BÉGOUIN, professeur.....	Juges.
		RIVIÈRE, professeur.....	
		PERY, agrégé.....	

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. CADORET
17, RUE POQUELIN-MOLIÈRE, 17

1925



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1924-1925 — N° 121

DE
L'AMYGDALECTOMIE

BASES ANATOMO-PATHOLOGIQUES
INDICATIONS ET TECHNIQUE OPÉRATOIRES

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 29 Juillet 1925

PAR

Joseph-Marie-Salvat ORGOGOZO

Né à BAYONNE (Basses-Pyrénées), le 12 mai 1900.

Examineurs de la Thèse	{	MM. MOURE, professeur	<i>Président.</i>
		BÉGOUIN, professeur	{ <i>Juges.</i>
		RIVIÈRE, professeur	
		PERY, agrégé	

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. CADORET
17, RUE POQUELIN-MOLIÈRE, 17

1925

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. LANELONGUE, BADAL, PITRES, ARNOZAN, POUSSON.

PROFESSEURS

	MM.		MM.
Clinique médicale.....	VERGER.	Zoologie et parasitologie.....	MANDOUL.
id.....	CASSAËT.	Médecine expérimentale.....	FERRÉ.
Clinique chirurgicale.....	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique.....	LAGRANGE.
id.....	BÉGOUIN.	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	ROCHER.
Pathologie et thérapeutique générales.....	CRUCHET.	Clinique gynécologique.....	GUYOT.
Clinique d'accouchements.....	RIVIÈRE.	Clinique médicale des maladies des enfants.....	MOUSSOUS.
Anatomie pathologique et microscopie clinique.....	SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale.....	DENIGÈS.
Anatomie.....	PICQUÉ.	Physique pharmaceutique.....	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie.....	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clinique des malad. exotiques.....	LE DANTEC.
Physiologie.....	PACHON.	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	W. DUBREUILH.
Hygiène.....	AUCHÉ.	Clinique des maladies des voies urinaires.....	DUVERGEY.
Médecine légale et déontologie.....	LANDE.	Clinique des maladies nerveuses et mentales.....	ABADIE.
Physique biologique et clin. d'électricité médicale.....	N.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	MOURE.
Chimie.....	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée.....	BARTHE.
Botanique et matière médicale.....	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	SELLIER.
Pharmacie.....	DUPOUY.		

MM. PRINCETEAU (Anatomie). — LABAT (Pharmacie). — CARLES (Thérapeutique et pharmacologie).
PETGES (Vénérologie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

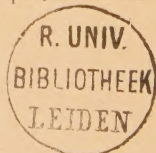
	MM.		MM.
Anatomie et embryologie.....	VILLEMIN.	Médecine générale.....	MICHELEAU.
Histologie.....	LACOSTE.	id.....	BONNIN.
Physiologie.....	DELAUNAY.	Maladies mentales.....	PERRENS.
Anatomie pathologique.....	MURATET.	Chirurgie générale.....	PAPIN.
Parasitologie et sciences naturelles.....	R. SIGALAS.	id.....	JEANNENEY.
id.....	N.	id.....	N.
Physique biologique et médicale.....	RECHOU.	id.....	N.
Chimie biologique et médicale.....	N.	Obstétrique.....	PERY.
Médecine générale.....	MAURIAC.	id.....	FAUGÈRE.
id.....	LEURET.	Ophtalmologie.....	TEULIÈRES.
id.....	DUPERIÉ.	Oto-rhino-laryngologie.....	PORTMANN.
id.....	CREYX.	Pharmacie.....	GOLSE.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Clinique dentaire.....	CAVALIÉ.	Puériculture.....	ANDÉRODIAS.
Médecine opératoire.....	PAPIN.	Démonstrations et préparations pharmaceutiques.....	LABAT.
Accouchements.....	FAUGÈRE.	Chimie pharmaceutique.....	GOLSE.
Ophtalmologie.....	CABANNES.	Chimie minérale.....	GOLSE.

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes... MM. ROCHER.
Pathologie externe (4^e année) et petite chirurgie..... CHARRIER.
Pathologie externe (3^e année) et petite chirurgie..... LOUBAT.
Cours complémentaire annexé. — Prothèse et rééducation professionnelle..... GOURDON.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.



A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

MEIS ET AMICIS

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ ET DES HOPITAUX

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR E.-J. MOURE

*Professeur de clinique d'oto-rhino-laryngologie
à la Faculté de médecine de Bordeaux,
Correspondant national de l'Académie de Médecine,
Commandeur de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique,
Grand-Croix de l'ordre d'Isabelle la Catholique,
Commandeur de l'ordre d'Alphonse XII.*

CHER MAÎTRE,

Très flatté de l'honneur que vous me faites
en acceptant la présidence de ma thèse, je
vous prie de vouloir bien agréer l'expression
de mes sentiments respectueusement recon-
naissants.

AVANT-PROPOS

Nous ne saurions entreprendre ce travail inaugural sans exprimer notre reconnaissance émue aux maîtres qui, durant nos études à la Faculté et à l'Hôpital, nous ont instruit de leur expérience et guidé de leurs conseils.

Toute notre gratitude va à M. le professeur Cabannes, dont nous avons suivi l'enseignement lumineux et qui nous combla en nous conviant aux joies de l'amitié.

Nous remercions aussi le docteur Brindel qui, à l'hôpital des enfants où nous fûmes son externe, sut nous faire apprécier le sens du clinicien averti et conduisit nos premiers pas dans la spécialité.

A M. le professeur Duvergey, qui nous eut comme externe dans son service, nous adressons l'expression de nos sentiments reconnaissants pour la sympathie qu'il a bien voulu nous témoigner.

Nous prions le docteur Moreau, chef de clinique O. R. L. à la Faculté, qui nous montra dès notre arrivée dans le service de M. le professeur Moure une charmante cordialité et nous aida dans nos études, de croire à notre très vive sympathie.

M. le professeur agrégé Portmann voudra bien trouver ici l'expression de nos remerciements pour l'amabilité avec laquelle il nous a inspiré cette étude et a mis à notre disposition son laboratoire de la Faculté de Médecine, ainsi que les clichés dont les reproductions illustrent notre thèse.

Nous prions M. le professeur Moure d'agréer l'assurance de notre profond respect.

Dans son service, où nous avons passé deux années, nous avons toujours été séduit par les leçons puisées à la source intarissable de son expérience, par la sûreté de son enseignement clinique et la bienveillance dont il nous a entouré. Nous sommes aussi très sensible à l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

DE

L'AMYGDALECTOMIE

BASES ANATOMO-PATHOLOGIQUES
INDICATIONS ET TECHNIQUE OPÉRATOIRES

INTRODUCTION

L'amygdalectomie, dont nous nous proposons d'étudier les bases anatomo-pathologiques, les indications cliniques, et de décrire la technique opératoire préconisée par notre maître, le professeur agrégé Portmann, est l'objet, comme chacun sait, des plus âpres et plus anciennes discussions.

Depuis Celse, qui en l'an X de notre ère la pratiquait à l'aide de ses doigts, mais aussi procédait parfois à la dissection de l'amygdale, jusqu'à nos jours, nous assistons à une polémique à vrai dire digne de Byzance.

Deux camps revendiquent chacun la supériorité de son opération, et, malgré ces trente dernières années au moins de recherches statistiques favorables à l'amygdalectomie, nous avons la conviction que certains partisans de l'amygdalotomie ne lui reconnaissent pas droit de cité.

D'autres, au contraire, n'admettent même pas le terme d' « amygdalotomie » dans le vocabulaire chirurgical.

Cette expression, consacrée par l'usage, a improprement désigné jusqu'ici une ablation partielle de l'amygdale ou amygdalectomie partielle. Nous n'envisagerons pas cette intervention au cours de notre thèse, mais bien l'amygdalectomie totale.

Après un rappel anatomique nécessaire à la clarté de notre étude, nous consacrerons un chapitre aux données anatomo-pathologiques actuelles sur l'amygdale, aux recherches du professeur agrégé Portmann et aux nôtres sur les pièces provenant d'amygdalectomies faites dans le service de clinique de M. le professeur Moure.

Différentes écoles ayant suscité des controverses ne portant plus particulièrement que sur sa technique opératoire, nous avons cru utile avant tout de réunir des preuves indiscutables de l'opportunité de l'amygdalectomie totale.

Seule l'anatomo-pathologie pouvait nous les fournir.

Puis nous énumérerons les indications purement cliniques de cette opération radicale, et à l'occasion nous fournirons quelques observations personnelles justifiant l'intervention.

Enfin nous décrirons la technique de notre maître, le professeur agrégé Portmann, suivie de statistiques, entre autres de la nôtre portant sur l'année 1924. Les malades amygdalectomisés durant cette année se sont tous fait examiner, sur notre demande, dans les six mois suivant l'opération.

CHAPITRE PREMIER

ANATOMIE

A. — Amygdale.

On donne le nom d'amygdales ou tonsilles à deux volumineux amas de follicules clos développés entre la muqueuse et l'aponévrose du pharynx et qui, symétriquement, sur ses faces latérales, occupent les deux loges amygdaliennes.

L'amygdale affecte la forme d'une amande ayant vingt à vingt-cinq millimètres de hauteur, quinze de largeur et dix d'épaisseur. On lui considère deux faces, interne et externe; deux bords, antérieur et postérieur; deux extrémités, inférieure et supérieure.

a) FACE INTERNE. — La face interne est libre, plus ou moins saillante dans la cavité pharyngienne. Elle est mamelonnée et parsemée d'orifices irréguliers situés le plus souvent au fond de dépressions légères de la surface. Ces orifices donnent accès dans des diverticules de la cavité pharyngienne, de dimensions variables, appelés cryptes amygdaliennes.

b) FACE EXTERNE. — A sa face externe une capsule fibreuse limite l'amygdale et la met en contact avec une mince couche celluleuse que traversent les vaisseaux et les nerfs destinés à la glande. Cette couche celluleuse, elle-même, sépare la capsule de l'aponévrose pharyngienne.

c) BORD ANTÉRIEUR. — Le bord antérieur, mal délimité, est en rapport avec le pilier antérieur du voile du palais, qui le recouvre.

d) BORD POSTÉRIEUR. — Le bord postérieur, beaucoup plus net, répond au pilier postérieur.

e) EXTRÉMITÉ INFÉRIEURE. — L'extrémité inférieure regarde la base de la langue dont elle est séparée par un intervalle de cinq à six millimètres.

f) EXTRÉMITÉ SUPÉRIEURE. — L'extrémité supérieure répond à l'angle d'écartement des deux piliers du voile du palais, mais ne remonte pas jusqu'au sommet de cet angle dont la sépare une petite dépression de forme triangulaire, dite fossette sus-amygdalienne.

B. — Loge amygdalienne.

L'amygdale occupe une loge, dite amygdalienne, avec laquelle elle est immédiatement en rapports de contiguïté.

Cette loge est classiquement définie une pyramide tronquée et présente six faces.

a) FACE ANTÉRIEURE. — La paroi antérieure, pour ainsi dire verticale, est constituée par le pilier antérieur de l'amygdale qui se détache du voile du palais et se termine au niveau de la base de la langue, en arrière de l'extrémité marginale du V lingual.

Ce pilier antérieur est formé par le glosso-staphylin revêtu sur ses deux faces d'une muqueuse prolongeant celle de la bouche et de l'amygdale. Un repli triangulaire de cette muqueuse, à base inférieure, situé en bas, en dedans et en arrière, forme le *plica-triangularis* de His.

b) FACE POSTÉRIEURE. — Le pilier postérieur part du voile du palais, dont il semble être la continuation, se détache de la base de la luette et vient se terminer sur les côtés du pharynx; il est formé par le pharyngo-staphylin recouvert de muqueuse.

c) FACE EXTERNE. — La paroi externe n'est qu'un prolongement de la paroi pharyngée, qui de dedans en dehors est constituée par l'amygdaloglosse, l'aponévrose pharyngienne et le constricteur supérieur du pharynx; elle est comprise dans l'écartement des deux piliers.

d) FACE INTERNE. — La paroi interne est virtuelle et parfois formée en bas par le pli triangulaire de His.

e) BASE. — La base se confond avec le plancher buccal compris entre les piliers.

f) SOMMET. — Le sommet de la loge amygdalienne est constitué par l'angle d'écartement des deux piliers du voile du palais.

Dans 50 % des cas (Mouret et Cazejust), ce sommet est prolongé par un recessus intravélique « en forme de bonnet phrygien dont la concavité est dirigée sur le bas et qui, au lieu d'être régulièrement cylindrique, serait aplati dans le sens frontal ».

Ce recessus est limité : en haut par l'aponévrose palatine et le péristaphylin interne, en avant par le glosso-staphylin, en arrière par le pharyngo-staphylin, en dehors par l'aponévrose pharyngienne et le constricteur supérieur du pharynx, en dedans par l'accolement du bord interne et du glosso-pharygien en formant un angle à sinus externe (Magnan).

Il peut servir de loge à des amas épars du tissu lymphoïde, au pôle supérieur ou même à la majeure partie de l'amygdale, ce qui justifie l'appellation d'amygdale intravélique.

C. — Rapports.

Parmi les rapports immédiats de l'amygdale, nous ne décrivons succinctement que les plus importants au point de vue chirurgical.

Dans ses deux tiers antérieurs environ, la face externe de l'amygdale, à travers le constricteur du pharynx, est en rapport avec du tissu graisseux où l'on rencontre, au niveau de l'angle antéro-inférieur de la loge amygdalienne, l'extrémité postérieure de la glande sous-maxillaire et le nerf lingual.

Dans son tiers postérieur, elle répond successivement en allant d'avant en arrière et de dedans en dehors : 1° au muscle stylo-glosse, croisé sur sa face amygdalienne par les vaisseaux palatins ascendants; 2° sur un plan plus éloigné au

stylo-hyoïdien, à la carotide externe qui chemine verticalement dans l'interstice séparant le stylo-hyoïdien et le stylo-glosse, au nerf glosso-pharyngien, enfin à la faciale:

« Cette artère, il est important de le noter, décrit, avant de disparaître sous le stylo-glosse, une courbe dont le sommet vient souvent se mettre au contact de l'angle postéro-inférieur de la loge amygdalienne. » (Testut-Jacob).

Comme le démontrent les rapports de l'amygdale, l'on ne risque pas, à moins d'anomalie, de léser les gros vaisseaux au cours de l'amygdalectomie. Toutefois les cas de mort foudroyante par hémorragie ne sont pas aussi rares qu'on le croit.

La fréquence de cette intervention aux Etats-Unis a donné l'impression qu'il s'agissait d'une chose insignifiante à la portée du premier venu. Or une ablation complète d'amygdales n'est point cela, tant s'en faut.

Les résultats incomplets ou mauvais, les cicatrices vicieuses des muscles du voile du palais ou du pharynx, sont fréquents. C'est précisément dans les cas de déchirures des muscles du pharynx qu'il y a danger de grosse hémorragie, pour peu que les vaisseaux péri-amygdaliens ne soient pas tout à fait normaux.

Schaeffer, dans un article du *Journal de l'A. M. A.*, rappelle que les anomalies ne sont point rares. Les flexuosités de la carotide interne n'ont rien à voir avec l'âge du sujet; elles semblent être plus fréquentes dans le sexe féminin. Elles peuvent se voir dans le plan frontal, dans le plan sagittal et plus rarement dans le plan transversal.

D'autres artères peuvent donner lieu à des pulsations pharyngiennes visibles, qu'il faut toujours rechercher avant de faire une amygdalectomie : tronc de la carotide primitive quand il n'y a pas de carotide interne, carotide externe, palatine ascendante, pharyngienne ascendante. Le signal de danger apparaît chaque fois que le mince constricteur supérieur du pharynx et le fascia bucco-pharyngé sont déchirés. Aussi convient-il de reconnaître que la loge amygdalienne n'est

pas une région sûre, et ne peut être abordée que par des praticiens expérimentés.

En cas d'hémorragie banale opératoire ou postopératoire, seuls les vaisseaux desservant l'amygdale doivent être incriminés. Nous les étudierons brièvement.

D. — Vaisseaux.

a) ARTÈRES. — 1° Et d'abord la *tonsillaire antérieure*, ou artère du pli triangularis, branche de la dorsale de la langue, monte entre la muqueuse et les couches fibreuses du pli, puis se divise en branches qui traversent la couche fibreuse pour pénétrer dans l'amygdale.

2° L'*artère tonsillaire supérieure* traverse la face latérale du pôle supérieur : c'est une branche de la palatine descendante.

3° L'*artère tonsillaire postérieure* est une petite artère longeant le palato-pharyngien et qui pénètre dans l'amygdale à l'union des deux tiers supérieurs et du tiers inférieur de son bord postérieur.

4° Les *artères tonsillaires inférieures* sont au nombre de trois :

L'une antérieure, branche de la dorsale linguale, monte le long du bord antérieur de l'amygdale;

L'autre glisse entre la capsule et la loge à mi-hauteur de la face externe de l'amygdale;

Enfin la troisième pénètre dans cet organe au niveau du dos de la langue.

b) VEINES. — Les veines du plexus tonsillaire sont étalées sur la paroi profonde de la loge amygdalienne.

La plus importante sort du pôle supérieur de l'amygdale et descend le long du bord externe du palato-pharyngé. Elle est croisée par le nerf glosso-pharyngien, puis s'anastomose avec de petites veines épiglottiques et d'autres vaisseaux plus importants de la base de la langue.

Une seconde veine, plus petite, longe en bas le bord postérieur du palato-glosse et se jette dans une veine linguale.

La première offre un certain danger quand l'on use d'instruments tranchants pour séparer l'amygdale de la face postérieure de la loge; et si, par hasard, l'on délabre le constricteur, la lésion des veines importantes du plexus pharyngé peut entraîner une hémorragie abondante. Aussi, faudra-t-il toujours considérer la région du pilier postérieur comme une zone périlleuse au cours de l'amygdalectomie totale.

c) LYMPHATIQUES. — Au niveau de l'amygdale, le réseau lymphatique muqueux présente une richesse considérable, et ses mailles deviennent d'une extrême ténuité.

Les collecteurs propres de l'amygdale s'unissent à ceux des piliers pour traverser le constricteur supérieur, puis se terminer dans les ganglions de la chaîne jugulaire interne au-dessous du ventre postérieur du digastrique (Poirier).

Il parut intéressant à J. Grober, pour ne citer qu'un expérimentateur, d'étudier le mode de propagation de l'infection amygdalienne et les lésions qui en résultent. C'est ce qu'il rechercha sur un jeune lapin endormi à l'éther et à qui il injecta dans l'amygdale un centicube d'une émulsion stérilisée d'encre de Chine.

Huit jours après, l'autopsie montrait des particules noires dans le sang. Derrière la tonsille gauche il y avait une masse formée de matière colorante et de leucocytes. Les ganglions du côté gauche du cou jusqu'au bord supérieur du cartilage thyroïde étaient tachetés de noir. Le microscope montra que les lymphatiques et les ganglions étaient remplis de matière colorante libre et de leucocytes renfermant de petites particules colorées. Derrière la zone des ganglions et des vaisseaux, on trouvait aussi des traces de pigment.

E. — Nerfs.

L'innervation de la région amygdalienne est réalisée par le nerf palatin postérieur, branche du maxillaire supérieur et les rameaux tonsillaires du glosso-pharyngien.

I. — NERF PALATIN POSTÉRIEUR. — Ce nerf, accompagné d'une

fine artériole, branche de la palatine descendante, chemine dans le canal palatin postérieur qui débouche à la face inférieure de l'apophyse pyramidale, un peu en avant de la base du crochet ptérygoïdien.

Il fournit deux branches : 1° La branche sensitive donne deux filets terminaux, l'un pour la muqueuse de la face inférieure du voile, l'autre qui va longer la lame horizontale du palatin;

2° La branche motrice innerve les muscles du voile du palais. D'après Rousset, elle se coude à angle droit et en arrière dès sa sortie du trou palatin postérieur et pénètre dans le voile en dedans du crochet ptérygoïdien.

Elle se divise en deux rameaux, externe et interne, dont les filets innervent le glosso-staphylin, le pharyngo-staphylin, le péristaphylin interne et l'azygos de la luette.

II. — RAMEAUX TONSILLAIRES DU GLOSSO-PHARYNGIEN. — Ces rameaux se détachent séparément ou par un tronc commun sur la face externe du stylo-pharyngien. Ils se portent sur la face externe de l'amygdale dans l'interstice qui sépare le constricteur supérieur du constricteur moyen, où ils constituent le plexus tonsillaire d'Andersh, puis pénètrent dans l'épaisseur de l'amygdale (A. Hovelacque).

CHAPITRE II

ANATOMO-PATHOLOGIE

A l'état normal, l'amygdale palatine présente à sa surface interne un nombre considérable d'orifices donnant accès dans les cryptes amygdaliennes. Ces cryptes sont des diverticulums tubulaires étroits et irréguliers, relativement rectilignes, traversant généralement tout le tissu folliculeux pour aller jusqu'à la capsule (Ballenger).

Sa face externe est limitée par la capsule fibreuse qui résulte de la condensation à son niveau du tissu cellulaire sous-muqueux. Cette capsule envoie dans l'épaisseur de l'organe une série de cloisons verticales divisant l'amygdale en lobes.

Chaque lobe se compose d'un diverticule ou crypte, dont la paroi présente deux couches :

1° Une couche superficielle épithéliale, du type pavimenteux stratifié, continuation de la couche épithéliale de la muqueuse buccopharyngée;

2° Une couche profonde formée par du tissu réticulé et des follicules clos épars dans le tissu conjonctif.

Cliniquement les cryptes semblent être la source la plus abondante des troubles locaux et généraux amygdaliens, du fait qu'elles se remplissent à chaque instant d'aliments, de débris de tissus et de bactéries. Mais souvent aussi l'anatomopathologie permet de déceler des lésions profondes, juxta-capsulaires, comme l'ont démontré notre maître le professeur agrégé Portmann et son élève le docteur Cataldi, sur des amygdales en apparence saines. Nous avons, nous-même,

maintes fois, eu l'occasion d'en constater au cours de nos examens histologiques systématiques sur les amygdales opérées durant l'année 1924 dans le service de clinique O. R. L. de la Faculté.

Les lésions locales vont revêtir nécessairement des aspects différents selon qu'il s'agit d'inflammations passagères aiguës ou de phénomènes récidivants chroniques.

A. — **Amygdalite lacunaire aiguë.** — Et d'abord l'amygdalite lacunaire aiguë est nettement limitée au revêtement des



FIG. 1

cryptes : elle ne s'étend pas profondément dans le tissu lymphoïde. Les diverticulums sont les premiers touchés et l'on assiste à une érosion des cellules épithéliales superficielles suivie d'une mobilisation des leucocytes polynucléaires.

Dans certains endroits, cette érosion peut arriver au degré d'ulcération constituant une véritable porte d'entrée par où l'agent infectieux peut envahir les tissus sous-jacents.

Les leucocytes et les détritux épithéliaux agglomérés vont distendre les cryptes et présenter l'aspect de taches espacées d'exsudation gris jaunâtre. On constate aussi de petits abcès qu'il eût été impossible de diagnostiquer sans intervention à cause de leur profondeur dans les cryptes. Enfin, d'après Macclachlon, il n'y aurait d'organisme septique dans les tissus profonds que dans les cas d'ulcération superficielle; Sluder, au contraire, prétend avoir trouvé des bactéries dans le tissu lymphoïde sans qu'il y eût solution de continuité de la surface amygdalienne.

B. — Amygdalite aiguë folliculaire. — L'amygdalite aiguë folliculaire constitue un processus inflammatoire touchant les follicules lymphoïdes de l'amygdale : c'est une maladie aiguë du parenchyme, probablement secondaire à une lésion superficielle.

Elle est caractérisée par une congestion très marquée : vaso-dilatation considérable près des canaux interlobaires, hémorragie diffuse dans le tissu conjonctivo-épithélial au voisinage de la capsule (Fig. 1). Un exsudat plus ou moins considérable envahit les cryptes; leur épithélium est alors profondément infiltré et presque détruit. Il se produit une prolifération considérable de lymphoblastes et des cellules endothéliales du réticulum.

On trouve des foyers de suppuration (Fig. 2) plus ou moins nombreux, de siège et de volume variables; certains même dépassent l'anneau lymphoïde pour déverser leur contenu dans les cryptes voisines.

Dans les cas non compliqués de périamygdalite, les canaux lymphatiques intra-folliculaires contiennent peu ou pas de polynucléaires tandis que Sluder signale leur présence en grand nombre lors de péritympanite : on peut alors suivre leur trajet au niveau de la capsule.

C. — Amygdalites chroniques. — L'amygdalite chronique

est caractérisée par la prédominance du tissu fibreux sur le parenchyme : ceci est dû aux poussées inflammatoires successives. On constate une augmentation très nette des fibroblastes et la présence de lymphocytes et d'éosinophiles en grand nombre, une thrombose et des lésions infectieuses endovasculaires comme en a remarqué Crowe, de Baltimore. Cet

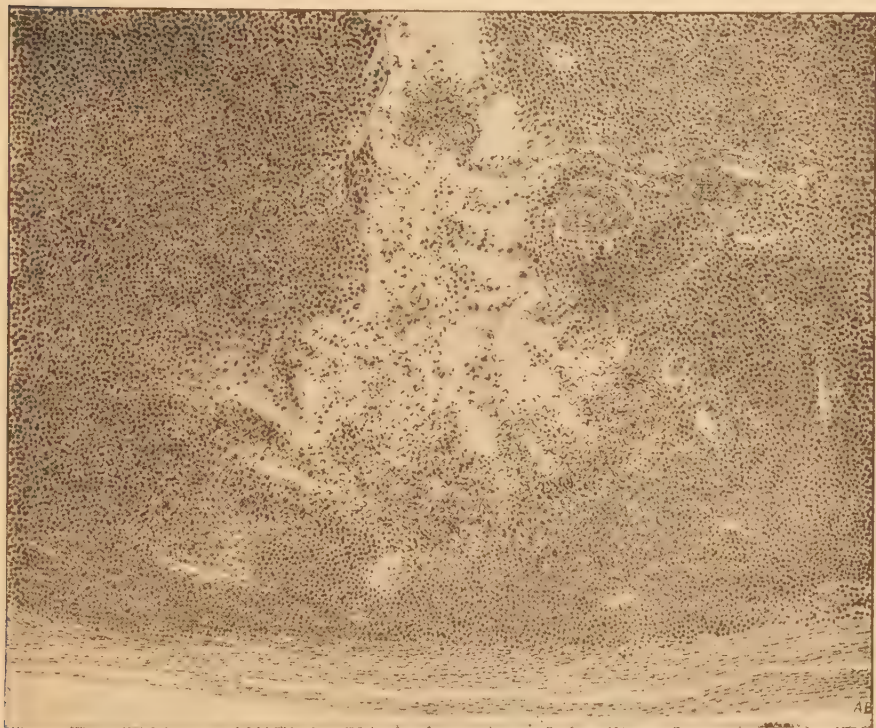


FIG. 2

auteur s'appuie sur la présence de ces thrombus que nous avons constatée sur des amygdales d'aspect normal pour expliquer des métastases lointaines d'origine tonsillaire, telles que l'appendicite, l'arthrite.

L'organisation du tissu fibreux a pour résultat de circonscire les abcès intraglandulaires : ils s'enkystent sans provoquer de réactions de défense (Hans Bitter) notable des tissus

avoisinants ni une hypertrophie de l'organe. Celle-ci n'apparaît en effet qu'à la suite d'une poussée aiguë d'amygdalite dont la cause est indépendante de l'abcès.

D. — **Amygdalite lacunaire chronique.** — Dans ce cas les modifications tissulaires se produisent au niveau des cryptes et de leur revêtement.

L'épithélium desquamé, épaissit, envoie des prolongements dans le tissu sous-épithélial en courbes irrégulières qu'accroissent des dépôts de cellules lymphoïdes migratrices. La surface de l'amygdale se creuse de sillons parfois apparents macroscopiquement. Les cellules superficielles se kératinisent et s'entassent dans les cryptes avec des cellules lymphoïdes, des exsudats inflammatoires, sur lesquels pousse fréquemment du mycélium.

Les cryptes ainsi comblées ne restent pas nécessairement en communication avec la cavité pharyngienne. Personnellement nous avons souvent constaté ce fait sur des sujets opérés d'amygdalectomie de longue date et réopérés de cure radicale. L'organe n'ayant pas été totalement enlevé lors de la première intervention, le processus de desquamation et d'infiltration cryptique s'était poursuivi en vase clos.

Il s'agissait pour ainsi dire de petits kystes parfois précapsulaires plus ou moins développés par comblement et dilatation de cryptes susceptibles de s'infecter dès la moindre inflammation.

C'est aussi se basant sur des faits analogues constatés chez de nombreux malades opérés d'amygdalectomie, qu'O. Mayer affirmait, avec quelque exagération il est vrai, à la Société allemande d'O. R. L., en 1923, que les enfants font plus souvent des angines après qu'avant une tonsillotomie.

Ceci confirme le rôle primordial que joue la rétention dans la pathologie de l'amygdale. Comme la tonsillotomie, la dissection, la cautérisation, n'en préservent pas le malade; il ne reste donc qu'une technique à employer en chirurgie amygdalienne : l'extirpation extracapsulaire.

E. — **Périamygdalites.** — Ce type d'inflammation est caractérisé par une invasion de leucocytes polynucléaires au niveau du tissu lâche péricapsulaire. Après une phase de congestion, une simple exsudation de sérum se produit, puis il se forme du pus.

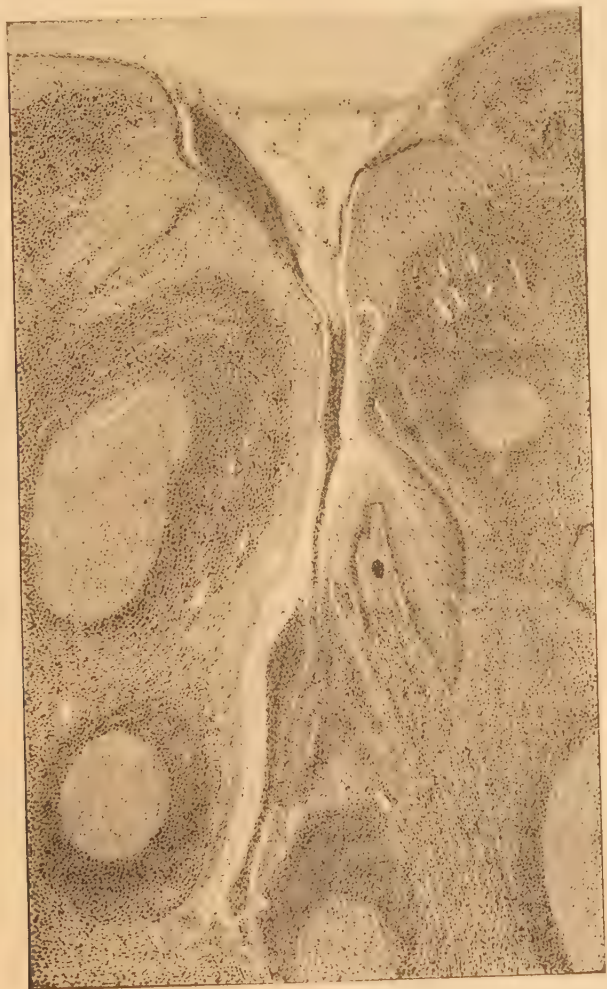


FIG. 3

Ces périamygdalites offrent un intérêt tout particulier pour la finalité de cette étude. En effet, c'est dans l'amygdale que réside leur point de départ. Si l'on suit les cryptes amygdalien-

nes, on arrive presque au contact de la capsule et leurs culs-de-sac n'en sont séparés que par quatre ou cinq couches de cellules lymphoïdes.

A ce niveau l'on constate une infiltration des cellules lymphoïdes polynucléaires présentant des noyaux en picnose. La présence de ces polynucléaires prouve manifestement la présence d'un abcès pré ou intracapsulaire (Fig. 3).

Dans les cas non compliqués, le pus est toujours confiné entre la capsule et les plans musculaires de la loge amygdalienne. Circonscrit par des brides inflammatoires, il peut n'occuper qu'une minime partie de la loge ou remplir l'espace cellulaire péri-capsulaire, sauf dans son tiers inférieur où l'adhérence intime de la capsule au constricteur supérieur l'empêche de fuser.

Ces inflammations périamygdaliennes laissent des cicatrices fibreuses et des adhérences qui rendent souvent l'amygdalectomie difficile au point d'empêcher l'énucléation totale de l'organe.

F. — **Hypertrophie amygdalienne.** — Les modifications microscopiques dans l'hypertrophie simple intéressent la muqueuse et le parenchyme. L'épithélium superficiel est traversé, en certains points, par des éléments diapédétiques et présente par endroits de véritables pertes de substance pas très étendues en surface mais atteignant entièrement ou en partie les couches cellulaires. Les noyaux perdent leur colorabilité, les cellules tombent par desquamation sous forme de lamelles ou bien se dissocient les unes des autres, les corps cellulaires deviennent globuleux, s'isolent et tombent.

La zone sous-épithéliale est normale presque partout, mais on constate en quelques endroits une prolifération de cellules fixes et la présence de lymphocytes nombreux.

On remarque parfois dans la profondeur du tissu amygdalien, au contact des cryptes, une figure anatomo-pathologique un peu spéciale reconnaissable dans la figure 4. « On remarque des travées épithéliales anastomosées délimitant des zones lymphoïdes arrondies affectant la forme de petites

loges non entièrement circonscrites » (Portmann). A côté de cellules épithéliales normales, il existe dans ces travées des cellules kératinisées, aplaties avec des débris nucléaires net-

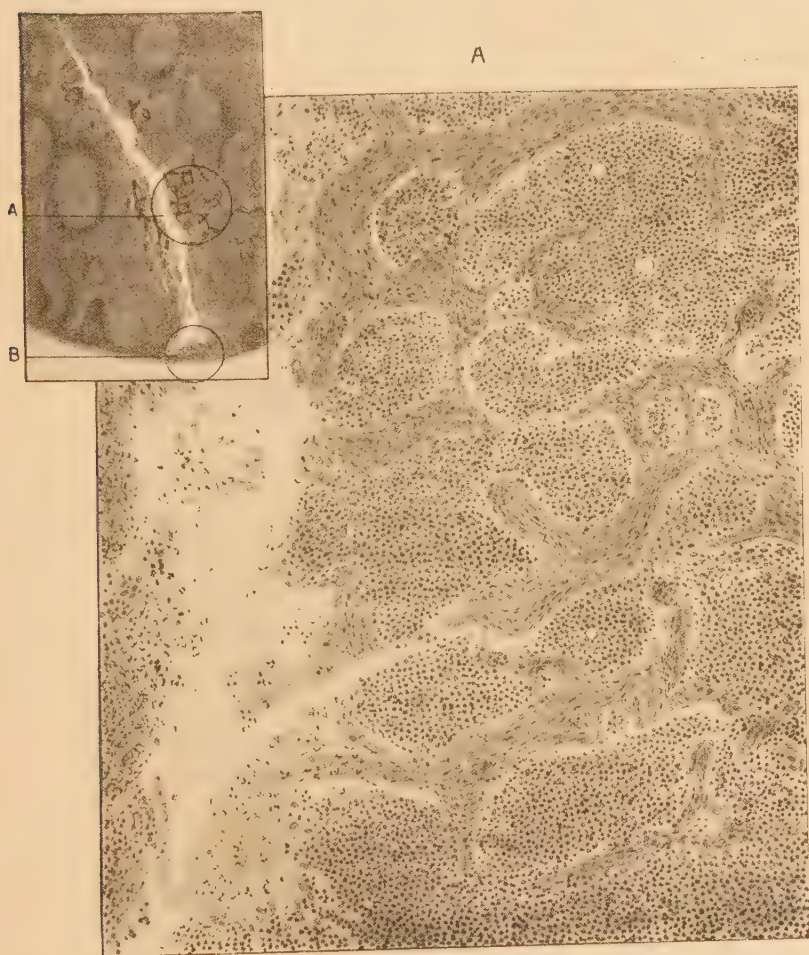


FIG. 4

tement en voie de dégénérescence. « L'ensemble revêt l'aspect, en certains points, d'épithélioma tubulé à globes cellulaires très serrés, mais la confusion n'est pas possible. »

De loin en loin des foyers de nécrose très localisés corres-

pendent aux pertes de substance épithéliale. Le tissu lymphoïde sous-jacent est hyperplasié. Les follicules sont nombreux, la plupart très volumineux; un réseau réticulé très serré encadre dans ses mailles de nombreuses cellules lymphatiques poly et mononucléaires. Il y a en somme exagération de l'état normal.

Les cloisons conjonctives ne sont pas plus développées que celles d'une amygdale saine. Elles sont moins apparentes et comme étouffées par l'hyperplasie lymphoïde. Les vaisseaux présentent des lésions du type inflammatoire que nous avons déjà signalées : un peu de gonflement de l'endothélium et des parois, gaines riches en cellules lymphatiques.

L'hypertrophie amygdalienne est en résumé « une amygdalite subaiguë avec hyperplasie lymphoïde sans manifestation macroscopique autre qu'une augmentation de volume de l'organe » (Portmann).

G. — **Mycosis amygdalien.** — Les amygdales atteintes de mycosis paraissent normales au point de vue dimension et coloration mais sont caractérisées par la présence à leur surface de petites élevures blanchâtres. Macroscopiquement ces saillies revêtent l'aspect de touffes disséminées adhérant à la muqueuse.

Sur les coupes histologiques on constate que jusque dans la profondeur des cryptes se développent de longs filaments non ramifiés droits ou ondulés de leptothrix. Leurs touffes végétent isolées les unes des autres et adhèrent aux cellules épithéliales dans lesquelles elles sont solidement implantées.

Comme l'a fait remarquer Veillard, le mycosis est accompagné presque toujours d'hyperkératose : Le parenchyme amygdalien présente un stroma fibreux assez développé et les tractus fibreux sont plus abondants dans les parties sous-jacentes aux lésions. Le tissu folliculaire est diminué et les follicules sont dépourvus de gros leucocytes en voie de discission karyokinétique. En somme, l'envahissement scléreux du

tissu amygdalien semble plus précoce et plus actif là où il y a mycosis.

Les filaments de mycosis se segmentent à un moment donné et les articles ainsi formés végètent indépendants. L'amygdalectomie qui supprimera la cause souvent juxtacapsulaire de cette reproduction incessante sera évidemment la seule thérapeutique rationnelle à employer dans ces cas de mycosis amygdalien.

CHAPITRE III

INDICATIONS. CONTRE-INDICATIONS OPERATOIRES

I. — CHEZ L'ENFANT

Jusqu'à l'âge de 16 à 17 ans nous ne sommes pas partisan de l'amygdalectomie. Les enfants, en effet, ne sont généralement conduits au spécialiste que pour une gêne plus ou moins marquée de la gorge et des troubles digestifs ou respiratoires. Il s'agit en l'occurrence de troubles purement mécaniques dus à une hypertrophie simple de l'amygdale, tandis que l'infection passe au second plan.

Or, nous avons à notre disposition une thérapeutique largement efficace dans ces cas : à savoir l'amygdalectomie partielle ou amygdalotomie.

Entre les mains d'un spécialiste expérimenté, l'amygdalotomie de Ruault de préférence, l'anse chaude, l'anse froide permettent d'abréger considérablement et souvent presque en totalité l'organe proéminent : c'est là le résultat demandé.

D'autre part, il n'est pas très indiqué de procéder à l'énucléation totale d'un organe qui semble avoir son rôle, très discuté il est vrai, dans l'économie. D'aucuns assimilent ce rôle à celui de l'appendice et d'après eux nous serions en présence d'un organe apte seulement à s'enflammer à la moindre occasion, et de ce fait particulièrement nuisible.

Le docteur La Fetra, de New-York, certifie même, d'après ses statistiques, que seuls les enfants dont les amygdales ont été enlevées sont beaucoup moins sujets aux troubles respiratoires et gastro-intestinaux de toute sorte.

D'autres, au contraire, font de l'amygdale la sentinelle des voies respiratoires et digestives; mais, tels Goodale, Gørke, Luer, en soutenant cette hypothèse, ils paraissent oublier la disproportion considérable entre le nombre des microorganismes pénétrant dans les voies aériennes et celui des bactéries que le tissu lymphoïde amygdalien retient à sa surface.

Outre l'utilité qu'on leur a attribuée aux points de vue sécrétion interne, hématopoïèse ou élimination et que l'on n'a pu justifier, une nouvelle théorie reconnaît aux amygdales un rôle important dans l'immunité.

Ses partisans admettent qu'une partie seulement des microorganismes envahisseurs est retenue par l'amygdale au niveau de ses cryptes et que leurs toxines sont absorbées en quantité suffisante pour produire des anticorps dans l'organisme. De nombreuses observations, en effet, ont permis de constater la présence de bactéries dans les glandes lymphatiques sous-épithéliales et de voir là l'origine d'une auto-immunisation.

Il semble que l'on puisse baser sur cette théorie séduisante la nécessité de conserver les amygdales dans la première enfance non vaccinée contre les formes communes de l'infection.

Sans épouser le scepticisme de A. Logan-Turner ni affirmer avec lui aussi bien le rôle protecteur de l'amygdale que son influence néfaste chez l'enfant, avant toute intervention, même partielle, on pèsera les arguments pour ou contre. On aura surtout intérêt à se documenter auprès du médecin traitant certainement très informé de l'histoire clinique du petit malade.

Enfin, il suffit d'avoir assisté à des séries d'amygdalectomies partielles chez des enfants comme nous en avons eu l'occasion dans le service de notre maître le docteur Brindel, pour réaliser qu'il est matériellement impossible de leur faire subir des amygdalectomies totales sans anesthésie locale.

Ne voulant même pas songer à une anesthésie générale pour

les raisons que nous fournirons plus loin, nous nous contenterons plutôt d'expliquer aux parents le risque d'ennuis à venir dus à la persistance probable de vestiges amygdaliens après une amygdalotomie correcte, mais de nous en tenir à cette intervention.

II. CHEZ L'ADULTE

Chez l'adulte, la période d'hyperactivité fonctionnelle de l'amygdale est passée; la régression de cet organe souvent constatée prouve dans une certaine mesure sa moindre utilité. D'autre part, les foyers infectieux sont généralement apparents, les indications opératoires sont nettes.

A. Indications d'ordre local.

a) ABCÈS AMYGDALIENS. — Au premier rang de celles-ci, se place l'amygdalite phlegmoneuse ou abcès de l'amygdale.

L'amygdale est manifestement augmentée de volume, déborde de sa loge et refoule les piliers. A sa surface, un exsudat pulpeux obstrue les cryptes. La luette et les piliers s'œdématisent. Toute la région est douloureuse à la pression. Au bout d'une semaine environ, le malade, que tourmentent une douleur continue, une scialorrhée abondante, est tout à coup soulagé par le rejet de pus jaunâtre, sanguinolent, fétide : l'abcès s'est ouvert spontanément.

Il s'agit simplement d'une folliculite aiguë suppurée dont l'extériorisation semble entraîner la fin. Il n'en est pas moins vrai que l'amygdale a été infectée profondément et que, à l'occasion, des clapiers inaperçus ne tarderont pas à s'enflammer.

Ce danger de récédive doit être d'autant plus évité que les abcès amygdaliens sont souvent accompagnés de phénomènes fâcheux : température élevée, courbature, dénutrition avec acétonémie parfois sérieuse.

Kenerson a signalé un cas de mort par abcès de l'amygdale,

Lyon (Alexander) un décès par rupture d'un abcès amygdalien dans le larynx et Reid une mort par amygdalite suppurée avec passage de pus dans le médiastin et la plèvre.

Toute autre est la symptomatologie des abcès chroniques de l'amygdale, mais non moins catégorique leur indication opératoire.

Le plus souvent le malade raconte que, depuis longtemps, il crache par moments un peu de pus mélangé de sang, qu'il éprouve une douleur en avalant, qui disparaît dès le rejet de pus. Aussi bien, il peut présenter un abcès chronique sans s'en douter, et Héring a rapporté deux cas de ce genre où on ne fit le diagnostic qu'au moment de l'ablation des amygdales.

Ces abcès ont une tendance toute particulière à laisser s'établir des trajets fistuleux aboutissant au niveau des piliers ou du voile du palais. On a vu la fistule s'ouvrir en arrière du pilier postérieur, en avant entre le pilier antérieur et l'amygdale, ou encore en haut dans la fossette sus-amygdalienne.

Enfin, ces abcès peuvent se développer aux dépens d'un moignon amygdalien chez un amygdalotomisé : nous l'avons observé fréquemment, et il est curieux de constater, dans ce cas spécial l'impuissance de l'amygdalotomie, comme le démontre l'observation suivante, que le docteur Moreau a eu l'obligeance de nous communiquer.

OBSERVATION I.

Mlle L..., 27 ans. Se plaint de difficulté à avaler et de douleurs fréquentes de l'arrière-gorge. Elle a été opérée trois fois d'amygdalotomie à la pince de Ruault.

A l'examen, en écartant les piliers, on distingue deux petits moignons amygdaliens d'aspect infecté.

Le 15 mars 1925, amygdalectomie bilatérale. On est très surpris au cours de la dissection de trouver deux amygdales intravéliquées du volume d'une petite noix. Les suites opératoires sont normales et la malade est guérie en six jours. L'examen anatomo-pathologique de ces deux amygdales permet de déceler deux petits abcès chroniques

qui étaient la cause imprévue des troubles dont se plaignait la malade.

b) ABCÈS PÉRIAMYGDALIENS. — Au même rang que les abcès amygdaliens, viennent les abcès périamygdaliens, plus fréquents que les précédents et non moins douloureux ni dangereux.

D'après la classification du professeur Moure, on les divise suivant leur ordre de fréquence en : antéro-supérieurs, postérieurs, antéro-inférieurs, externes, selon que le pus se collecte dans l'espace cellulaire situé au-dessus de la glande, au niveau du pilier postérieur, entre les amygdales palatine et linguale en arrière de la partie inférieure du pilier antérieur, dans l'espace cellulaire séparant l'amygdale de la loge.

Ils ont un gros retentissement sur l'état général et localement peuvent provoquer du trismus.

Enfin, ils ont une tendance très marquée à la chronicité : la moindre angine chez certains sujets réveille un foyer latent périamygdalien et nombreux sont les malades qui se plaignent de ces abcès « à répétition ».

Mais leur réapparition fréquente n'est certes pas le danger le plus redoutable. Au cours de réflexions cliniques sur ces abcès, Canuyt insiste sur « l'accident fatal que constitue la phlébite du sinus caverneux ».

Plus fréquemment, on trouve dans la littérature chirurgicale des cas de mort foudroyante par ouverture de la carotide externe consécutive à la propagation de ces plegmons périamygdaliens chroniques. Nous en rapporterons un dont nous eûmes la pénible occasion d'être témoin.

Le 24 août 1924, tandis que nous procédions à divers pansements dans le service de notre maître le professeur Moure, nous fûmes appelé en toute hâte auprès du malade Jean T... (Fiche V 46.423 de la clinique O. R. L.), qui, à l'improviste, avait commencé à cracher du sang abondamment au point de remplir un bassin. Moins d'une minute après, nous constatons que le malade était littéralement saigné à blanc et mort instantanément.

Le 12 août, il était entré à l'hôpital, présentant un trismus considérable dû à un abcès amygdalien gauche avec adéno-phlegmon sous-maxillaire consécutif à l'infection amygdalienne.

L'ouverture spontanée de la collection purulente au niveau du pôle supérieur de l'amygdale et le drainage après incision des tissus lardacés le long du bord du maxillaire inférieur, à gauche, avaient été suivis d'une amélioration très nette de l'état du malade.

Cependant, le pus fusait vers les gros vaisseaux cervicaux sans signes particuliers et provoquait l'érosion de la carotide externe vraisemblablement. N'ayant pu faire une autopsie, nous ne sommes pas à même de fournir de plus amples précisions sur la lésion qui entraîna la mort du jeune malade.

Il avait précédemment et à différentes reprises souffert de la gorge, et il est probable qu'il avait, de longue date, des lésions profondes amygdaliennes ou périamygdaliennes qui firent le lit au phlegmon pour lequel il entra à l'hôpital.

Les abcès périamygdaliens n'ont heureusement pas tous une issue aussi grave. On peut cependant leur incriminer des troubles considérables et surtout répétés comme le montrent les deux observations suivantes, tant qu'une intervention radicale n'a pas débarrassé le malade de l'organe lésé.

OBSERVATION II.

F... (Suzanne), 17 ans. Fiche V 44.615.

La malade, qui a déjà souffert à plusieurs reprises, surtout l'hiver, de la gorge et particulièrement du côté droit, vient à la consultation d'O. R. L. pour douleurs violentes lors de la déglutition au niveau de l'amygdale droite. Elle présente un trismus assez marqué.

A l'examen, on constate : une région amygdalienne droite enflammée, rouge, tuméfiée, avec, au centre, une ulcération. Il s'agit d'un abcès périamygdalien antéro-supérieur.

Admise à l'hôpital du Tondu, le 26 décembre 1922, on ouvre au galvanocautère sa collection purulente.

27 décembre. — Amélioration. Toutefois, la rougeur persiste. Avec la pince de Lubet-Barbon, on libère un peu de pus. Régime lacté et eau de Vichy. Bains de gorge avec solution boro-oxygénée.

3 janvier 1923. — Exeat après guérison.

24 août 1923. — La malade revient à l'hôpital pour de nouveaux phénomènes douloureux semblables aux précédents. On fait une incision à travers le pôle supérieur de l'amygdale droite et on tombe sur une très importante collection de pus vert et fétide. On vide la poche et quarante-huit heures après la malade est guérie.

5 octobre 1923. — Le professeur Portmann procède à une amygdallectomie bilatérale.

Suites opératoires. — Température normale le soir de l'opération. Pas d'hémorragie; léger sphacèle des plaies amygdaliennes. Exeat le 10 octobre.

La malade est revue quinze jours après : la cicatrisation est parfaite, et aucune douleur ni gêne n'est ressentie.

21 mai 1925. — Sur notre demande, la malade revient à la consultation pour examen. Elle prétend n'avoir pas souffert depuis l'opération et n'éprouver aucun trouble du côté de la gorge.

OBSERVATION III.

L.,. (Maria), 27 ans. Fiche V 46.039.

9 décembre 1921. — La malade, qui est sujette à des angines fréquentes, se présente à la clinique O. R. L. avec un abcès périamygdalien antéro-supérieur droit. Ouverture au galvano suivie de guérison après quelques bains de gorge.

5 juin 1922. — Nouvel abcès périamygdalien postéro-supérieur droit.

17 février 1924. — Abcès périamygdalien droit. Amygdales enchaîonnées. Ouverture de l'abcès au galvano. Guérison apparente.

7 mai 1924. — Nouvelle poussée d'amygdalite bilatérale.

21 juin 1924. — Amygdalectomie double après anesthésie locale à la novocaïne adrénalinée. Technique ordinaire.

Suites opératoires. — Pas d'hémorragie. La malade fait une réaction locale minime quarante-huit heures après l'intervention. Température normale.

27 juin. — Exeat.

7 janvier 1925. — Sur convocation, la malade vient à l'hôpital. A l'examen de la gorge, on constate une cicatrice parfaite et lisse de la plaie. Les piliers se mobilisent normalement et n'ont subi aucune modification. La malade ne se plaint plus des maux de gorge.

De nombreuses inflammations péri capsulaires, durant parfois près d'une semaine, peuvent présenter une symptomatologie un peu analogue et n'être pas pour cela considérées comme des abcès.

Il s'agit de périamygdalites pour ainsi dire congestives, généralement unilatérales, accompagnées de douleur, de rougeur et de tuméfaction périamygdaliennne, souvent aussi d'adénite cervicale.

Nous avons toujours dans ces cas essayé d'établir un drainage à l'aide du galvanomètre ou de la pince de Lubet-Barbon : nous n'avons vu sourdre que du sang et les phénomènes s'amendaient sans le moindre écoulement de pus.

Ces malades sont justiciables aussi de l'amygdalectomie totale et six de nos observations en justifient catégoriquement les heureux effets.

c) AMYGDALITE CRYPTIQUE PURULENTE. — Sans présenter les phénomènes aigus que nous avons relatés, l'amygdalite cryptique purulente implique aussi un traitement radical. Elle est, comme on sait, constituée par l'inflammation catarrhale chronique des cryptes amygdaliennes comblées par les produits de sécrétion des glandes mucipares enflammées. Le magma purulent fait issue à l'orifice des cryptes sous forme de points jaunâtres.

Les signes fonctionnels et physiques de l'amygdalite cryptique se bornent fréquemment à des sensations locales peu nettes, à une vague douleur à la déglutition sans hypertrophie apparente de l'organe. C'est au cours d'un examen seulement,

en provoquant des nausées chez le malade, que l'on voit sortir de la surface de l'amygdale cryptique des granulations blanches jaunâtres purulentes.

Les amygdalites cryptiques subissent de temps à autre des poussées aiguës, et dans leur intervalle persiste souvent un signe clinique auquel Guisez attribue une grande valeur : à savoir la rougeur du bord libre du pilier antérieur qui tranche nettement de la coloration rosée de la muqueuse voisine.

Ne pouvant se débarrasser spontanément de leurs produits septiques lorsqu'elles sont infectées profondément, les amygdales seront dans ce dernier cas extirpées entièrement. D'ailleurs, « on n'a pu enregistrer de résultats réellement positifs et nets au point de vue de l'amélioration de l'état général de ces malades, que depuis que l'on pratique l'énucléation complète des amygdales malades » (Guisez).

d) AMYGDALITE LACUNAIRE ENKYSTÉE. — Dans l'amygdalite lacunaire enkystée, « une simple inflammation antérieure ayant amené la formation d'un opercule épithélial au-dessus de l'orifice cryptique, une soudure des lèvres de ce dernier, la crypte est désormais une cavité fermée, un milieu aseptique entouré d'épithélium, susceptible, par conséquent, d'excrétion, de desquamation » (Moure). C'est l'amoncellement de produits de sécrétion à l'intérieur de ces cryptes qui formera les petites saillies arrondies, blanc jaunâtre, développées sur des amygdales en apparence saines.

Outre cette modification d'aspect locale, le malade n'accuse parfois qu'une sensation de piquûre d'épingle à la déglutition soit du bol alimentaire, soit tout simplement de la salive.

Cette amygdalite enkystée peut aussi bien se développer au niveau d'un moignon amygdalien chez un malade qui aurait auparavant subi une intervention partielle, ou même d'un « tapis » amygdalien, pour employer une expression usitée à propos des végétations adénoïdes.

Ainsi personnellement, malgré une amygdalotomie avec la pince de Ruault que l'on nous fit il y a vingt ans, nous avons eu le regret, l'hiver dernier, au cours de poussées d'angine, de

nous reconnaître porteur d'une amygdalite lacunaire enkystée gauche, développée sur un véritable tapis amygdalien.

Il n'est pas douteux que cette amygdalite provoque un état de moindre résistance de l'organe atteint :

Son évolution, lors d'une inflammation, vers le stade d'amygdalite lacunaire ulcéreuse aiguë suffit à le prouver. La crypte s'ouvre alors, les parois s'ulcèrent, l'infection s'établit et l'on voit s'éterniser une ulcération à bords irréguliers, à fond sanieux, douloureuse, entourée d'une zone congestive de la muqueuse amygdalienne et aussi accompagnée d'hyperthrophie de l'organe.

La porte d'entrée est ouverte aux agents microbiens sans que puissent s'évaluer les risques qui s'ensuivent pour le malade et qu'on eût évités par une opération opportune.

e) AMYGDALITE CASÉEUSE. — Une indication que nous considérons comme formelle de l'amygdalectomie est l'amygdalite caséeuse. Elle est caractérisée par la présence d'un magma caséeux obstruant les cryptes dilatées et qui est expulsé lors de la déglutition.

Les sujets porteurs de ces lésions ne sont généralement pas incommodés par ces phénomènes douloureux, mais plutôt gênés par ces matières putrides qu'ils crachent de temps en temps. D'autre part, ils consultent souvent le spécialiste à cause de la fétidité de leur haleine. Les cas de ce genre abondent où la cacosmie n'est pas uniquement subjective, mais aussi objective.

Nous fournirons une observation typique due à l'obligeance du professeur Portmann, d'une malade radicalement guérie par l'amygdalectomie.

OBSERVATION IV.

Mme X... (septembre 1924). N'a jamais eu d'affection relevant de la spécialité, mais se plaint d'avoir une haleine fétide qu'aucune hygiène alimentaire ne parvient à supprimer.

A l'examen : rien d'anormal dans les fosses nasales ni dans la gorge, semble-t-il, jusqu'à ce qu'un mouvement réflexe de l'amygdale gauche découvre une crypte d'où s'énuclée un gros magma caséeux caché par le pilier antérieur.

A la suite d'une amygdalectomie la fétidité de l'haleine a complètement disparu.

Nous ne croyons pas devoir nous étendre sur le rôle néfaste que peuvent jouer ces matières caséeuses dégluties dans la pathologie digestive et l'utilité d'une intervention au point de vue état général.

f) HYPERTROPHIE AMYGDALIENNE. — Comme chez l'enfant, l'hypertrophie amygdalienne peut être une indication d'intervention. Revêt-elle la forme aiguë (Munch) ou subaiguë (Portmann) de l'adénite amygdalienne, elle est caractérisée par l'obstruction de l'isthme du gosier. La muqueuse des tonsilles, d'une intégrité apparente absolue, sans exsudat ni ulcération, est légèrement plus rouge que normalement. La consistance de l'organe donne l'impression d'une masse molle, spongieuse, sans résistance; la pression est douloureuse. Une certaine gêne à la déglutition ne fait que peu souffrir le malade. La voix prend le timbre amygdalien. La respiration peut être difficile et s'accompagner de ronflement nocturne.

Les chaînes ganglionnaires carotidiennes sont volumineuses sur toute leur hauteur. Il se produit dans ce cas « une véritable fluxion ganglionnaire occupant la région du cou et celle de l'arrière-gorge » (Moure).

Généralement, l'hypertrophie cède après quatre ou cinq jours, mais elle peut persister et présenter une forme chronique susceptible de poussées d'amygdalite inflammatoire aiguë.

Cette hypertrophie est souvent l'origine de troubles plus ou moins nets. Des malades sont soignés indéfiniment pour des phénomènes parasthésiques que l'on ne sait pas attribuer à des tonsilles à peine augmentées de volume et d'aspect sain, alors qu'une amygdalectomie peut les améliorer comme dans les deux cas suivants :

OBSERVATION V.

L... (Germaine), 88 ans. Fv. 46.037.

La malade présente une légère hypertrophie amygdalienne bilatérale et se plaint de gêne dans la gorge, mais non de douleurs. Rien de très particulier pouvant expliquer les phénomènes qu'elle ressent.

Après un traitement général pour paresthésie, n'obtenant pas de résultat, on propose une amygdalectomie à la malade.

24 avril 1924. — Intervention après anesthésie selon le procédé de Sonnenschein.

Suites opératoires. — La malade saigne abondamment à la suite de l'opération.

29 avril 1924. — Exeat après guérison.

15 mars 1925. — La malade ne se plaint plus d'aucun trouble.

OBSERVATION VI.

Mme C..., 35 ans (obs. du D^r Moreau).

Éprouve fréquemment de la gêne à la déglutition. Opérée d'amygdalotomie dans l'enfance, soignée pour paresthésie hypoesthésique de l'arrière-gorge. Présente des amygdales très enchatonnées, peu volumineuses.

Amygdalectomie le 15 mai 1925. — Suites normales. Malade guérie en six jours.

Le 5 juillet 1925. — La malade n'éprouve plus de gêne. Va très bien.

Les tonsilles sont très volumineuses. Un examen histologique permet de déceler des lésions profondes d'infection chronique jusqu'au niveau de la capsule.

On a aussi incriminé les amygdales hypertrophiées d'entraîner des troubles de l'audition d'ordre tubo-tympanique (Soto).

Nous n'insisterons pas sur les hypertrophies syphilitiques secondaires, ni sur la forme de l'angine tuberculeuse, justiciables d'un traitement général, de même que les manifestations tonsil-

laïres de lymphomatose. L'intervention pourrait être proposée après guérison, si les amygdales du malade entraient dans le cadre des indications énumérées précédemment.

g) MYCOSIS AMYGDALIEN. — Enfin, certains sujets, en examinant leur gorge par hasard dans une glace, sont vivement impressionnés par de petites saillies en touffes blanchâtres, indolores, solidement plantées sur l'amygdale d'apparence saine et qu'un simple frottement n'arrive pas à extirper. Ces points blancs peuvent aussi s'étendre à la paroi postérieure du pharynx dans ses parties latérales. Ils ne provoquent qu'une gêne très relative, tout au plus une sensation de corps étranger.

Il s'agit là simplement de mycosis amygdalien, que nous avons déjà mentionné, affection récidivante non dangereuse, mais impliquant une extirpation totale de la tonsille à cause de la pullulation en profondeur jusqu'à la capsule du lephthorix buccalis qui en est l'origine et de l'inefficacité des autres traitements.

B. — Indications d'ordre général.

Parmi les indications d'ordre général, certaines sont constituées par des troubles infectieux dont l'origine réside au niveau de l'amygdale. D'autres sont simplement des phénomènes réflexes qu'un sens clinique averti et quelquefois le hasard permettent d'attribuer aux amygdales.

A vrai dire, ces troubles généraux sont beaucoup moins fréquents que les premiers, mais il convient ici de les rappeler puisqu'ils relèvent d'une thérapeutique chirurgicale et que l'amygdalectomie en a guéri maints malades.

a) TROUBLES INFECTIEUX. — 1° *Néphrite albuminurique amygdalienne*. — Léon Bernard, en 1908, disait, à propos de ces albuminuries, à la Société médicale des hôpitaux de Paris : « Il est vraisemblable que l'amygdale sert ici de porte d'entrée à un microbe qui va souvent frapper le rein et laisse sur son passage une lésion en général légère et éphémère comme le sont ces angines suivies de néphrite. A coup sûr,

deux caractères essentiels marquent cette néphrite aiguë d'origine amygdalienne : l'hématurie et la bénignité de l'évolution. L'hématurie n'a jamais manqué dans aucun des cas que nous avons observés; elle est généralement le premier symptôme qui apparaisse, dure quelques jours, puis fait place à une albuminurie qui disparaît elle-même après un certain temps... A coup sûr, il s'agit d'une variété de néphrite, à laquelle l'origine, les symptômes et l'évolution confèrent une personnalité qu'il n'est pas inutile de connaître et peut-être cette forme absorbe-t-elle un grand nombre de faits autrefois décrits sous le nom de « néphrite à frigore ».

Eppinger a vu trois cas de néphrite post-angineuse que l'on traitait depuis quatre mois sans résultat. Dans ces trois cas, les amygdales étaient non seulement augmentées de volume, mais encore comme déchiquetées. La double amygdalectomie montra chez ces trois malades des organes infiltrés dans leur couche profonde d'un pus fétide. Immédiatement après l'opération, la néphrite s'améliora de façon surprenante.

L'auteur conclut : « L'influence extraordinairement favorable qu'a eue ici l'ablation des amygdales me paraît si fréquente que je recommanderais volontiers dans tous les cas de néphrite aiguë, où les commémoratifs indiquent qu'il s'est agi d'une amygdalite, et où, d'autre part, l'inspection des amygdales les montre augmentées de volume et comme « déchiquetées », d'essayer sans retard d'agir sur l'évolution de la néphrite par l'ablation des amygdales. »

Pour Castaigne, l'albuminurie plus ou moins marquée et l'hématurie intermittente constituent des éléments essentiels de diagnostic; aussi, souvent, un examen de gorge a dévoilé la cause d'albuminurie que les traitements médicaux ne guérissaient plus.

Se basant sur ces deux symptômes et l'inefficacité du traitement médical, un confrère adressait au service du professeur Moure le malade :

OBSERVATION VII.

H... (Maurice), 16 ans, originaire de Blaye.

Porteur d'une albuminurie (3 grammes d'albumine) tenace malgré toute thérapeutique, accompagnée de légères hématuries sans cause appréciable.

A l'examen de la gorge, on constate la présence d'amygdales hypertrophiées avec à leur surface d'importants orifices cryptiques non infectés. Ni pus ni matières caséeuses à leur niveau. La coloration est normale.

Le malade est opéré d'amygdalectomie bilatérale le 8 juin 1923.

Quarante-huit heures après, un examen d'urines ne décèle plus que 0 gr. 50 d'albumine, proportion qui s'est maintenue jusqu'à sa sortie de l'hôpital (13 juin).

Nous avons le regret de ne pouvoir apprécier avec le recul du temps le résultat de cette intervention, mais il semble bien qu'il soit probant et définitif.

2° *Rhumatisme amygdalien*. — D'après la statistique de Narsk, il semble que l'amygdalectomie totale soit la thérapeutique de choix dans les cas de rhumatisme amygdalien. Hastings, lui aussi, se montre très partisan de cette intervention.

L'amygdale, en effet, chez ces rhumatisants, après avoir servi de porte d'entrée à l'infection, constitue à son tour un véritable foyer infectieux dont la suppression seule peut entraîner la rémission des troubles généraux qu'il entretient.

3° *Chorée*. — On a aussi attribué à l'amygdale un rôle indiscutable dans certains cas de chorée. Loin de nous l'idée de tirer du fait particulier une loi générale... Cependant, nous admettons qu'il y ait des résultats probants, puisque Halle, entre autres praticiens, a traité chirurgicalement six cas de danse de Saint-Guy envoyés à lui par un neurologiste. La tonsillectomie fut, dit-il, suivie d'une guérison immédiate.

b) TROUBLES RÉFLEXES. — 1° *Toux amygdalienne*. — Des troubles réflexes, le plus fréquent est la toux amygdalienne. Certains malades toussent souvent par suite de lésions amyg-

daliennes ou périamygdaliennes, sans que l'origine de leur toux ait été reconnue même par des spécialistes.

Il est à noter à ce propos que des amygdales relativement volumineuses, des lésions apparemment très développées, tout en pouvant être une cause de toux, aussi bien ne la provoquent pas. Par contre, des lésions amygdaliennes très peu visibles, pouvant même, par l'aspect extérieur, passer complètement inaperçues, entraînent dans certains cas une toux violente et persistante.

Une thérapeutique chirurgicale obtient dans ces cas de très heureux résultats définitifs, comme en témoignent deux observations que Mignon signala en 1920 à la Société française d'O. R. L. et que nous nous permettons de reproduire.

OBSERVATION VIII.

Une de nos malades, atteinte de toux non expliquée, avait un petit abcès latent sous-amygdalien, que j'ai ouvert sans le soupçonner en libérant une amygdale simplement sensible à la pression et qui présentait une adhérence avec le pilier antérieur; la toux disparut aussitôt après le traitement.

OBSERVATION IX.

Une autre malade opérée il y a peu de temps, présentait une amygdale à peine hypertrophiée du côté droit, mais dont le simple contact provoquait aussitôt une toux quinteuse : l'énucléation de cette petite amygdale a fait disparaître la toux.

2° *Spasmes de la glotte et de l'œsophage.* — Enfin, Rendu a signalé des observations de spasme de la glotte d'origine amygdalienne guéris par énucléation des tonsilles. Et Senz, dans sa thèse inaugurale, nous montre des relations de cause à effet entre des lésions amygdaliennes passées inaperçues et des crises de spasme œsophagien.

Quoique ces derniers faits ne semblent pas être d'une fré-

quence considérable, ils méritent d'être retenus dans le cadre des indications opératoires de l'amygdalectomie totale.

C. — Contre-indications.

a) CONTRE-INDICATIONS LOCALES. — Les contre-indications opératoires sont de deux ordres : local et général. Et d'abord il en est une absolue, locale, à savoir l'anévrisme de la carotide externe ou interne : tout argument en faveur d'une intervention dans ce cas ne résisterait pas à l'analyse.

Nous temporisons systématiquement quand le malade accuse une inflammation récente de l'amygdale : l'amygdalectomie doit en effet toujours être pratiquée à froid. Et il n'est pas douteux qu'une grande part des infections, des complications postopératoires constatées aux Etats-Unis soient dues à ce fait que les malades y sont opérés en poussée aiguë.

L'infection siège-t-elle au niveau de l'oreille interne, des fosses nasales, des sinus, de la bouche (mauvaise dentition), des voies respiratoires supérieures, le malade présente-t-il une adénopathie nette, la contre-indication est aussi formelle.

b) CONTRE-INDICATIONS GÉNÉRALES. — A un point de vue plus général, l'âge doit être pris en considération. Nous avons déjà dit qu'au-dessous de 16 ans nous sommes plutôt partisan du morcellement de l'amygdale. Il ne semble pas que nous puissions fixer de limite exacte dans l'âge mûr, puisque nous rapportons, au cours de cette étude, l'observation d'une femme de « 88 » ans opérée d'amygdalectomie. Toutefois, nous croyons pouvoir nous dispenser, en règle générale, d'opérer des sujets ayant dépassé la soixantaine, et chez qui une artériosclérose probable facilitant des hémorragies serait à elle seule une contre-indication.

Chez la femme nous interviendrons en dehors des périodes de règles et en cas de grossesse dans les six premiers mois seulement.

Enfin, avant de songer à une amygdalectomie nous aurons soin d'examiner consciencieusement le malade, de dépister

une hémophilie, une anémie, une leucémie, des lésions cardiaques profondes.

Et comme mesures prophylactiques, nous recommandons, avec O. Malley, le lactate de chaux, le sérum de cheval, le sérum humain, l'hémoplastine, la coagulose, l'adrénaline.

Enfin, il est une contre-indication d'ordre professionnel. On cite, dans la littérature O. R. L., des cas de troubles vocaux, modification du timbre de la voix chez des chanteurs après amygdalectomie. Aussi ne saurions-nous trop conseiller d'éviter une intervention radicale dont le patient pourrait dans la suite faire un grief au chirurgien.

CHAPITRE IV

TECHNIQUE OPERATOIRE

Section I : Soins préopératoires. — Avant toute amygdaléctomie, il convient de procéder à la désinfection de la bouche, du pharynx et des fosses nasales du malade. On lui prescrira des fumigations biquotidiennes durant la semaine précédant l'intervention, avec une solution de teinture de benjoin par exemple; une pommade cocaïnée mentholée à mettre dans les fosses nasales deux fois par jour et des gargarismes boratés fréquents. S'il y a lieu, le malade aura soin de faire disparaître toute source d'infection d'origine dentaire.

Section II : Anesthésie. — Outre le risque de syncope que fait courir au patient l'anesthésie générale, elle présente des dangers sérieux sur lesquels les détracteurs de l'amygdaléctomie appuient leur opposition systématique.

A vrai dire la littérature chirurgicale rapporte impartialement de nombreux cas de mort et de complications postopératoires sérieuses chez des amygdaléctomisés; mais ces statistiques nous viennent particulièrement des Etats-Unis, où l'anesthésie générale au chloroforme est presque toujours employée et le malade opéré assis. La plus courante des complications graves signalées est la broncho-pneumonie; des abcès des poumons ont été constatés.

Aussi est-il préférable de faire, dans tous les cas où cela est possible, une anesthésie locale.

Dans ceux où l'anesthésie générale serait nécessaire, il faudrait, pour l'opération, mettre le patient en position de Rose afin d'éviter la chute du sang dans les voies respiratoires.

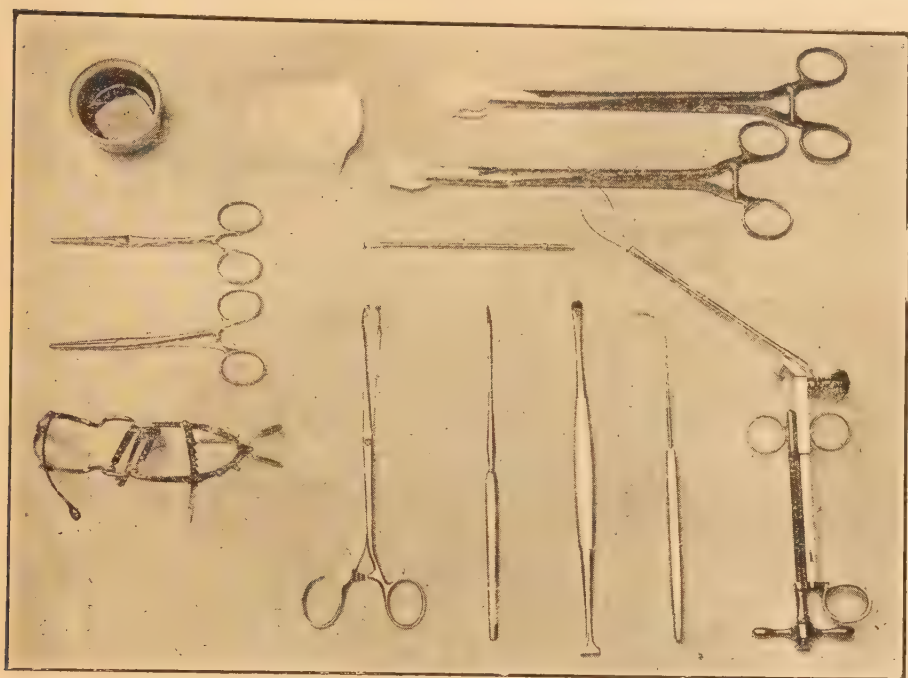


FIG. 5

Une heure avant l'opération, le malade, à jeun, subit une injection de scopolamine morphine.

L'anesthésie (Fig. 6) elle-même a pour but, comme l'ont établi Sankauer en 1909 et Thompson en 1917 et 1920, le blocage des deux nerfs palatin postérieur et glosso-pharyngien. Ces nerfs, nous l'avons mentionné plus haut, donnent la sensibilité à la région amygdalienne : à l'amygdale, au palais membraneux, et en partie à la face latérale du pharynx.

Le nerf palatin postérieur sortant d'un orifice situé immédiatement en dedans du trou palatin postérieur est très voisin du bord postérieur du palais osseux.

L'on peut, pour l'atteindre, utiliser deux voies : « Si la dernière molaire existe, il suffit de prendre un centimètre en dedans de l'extrémité postérieure de la marge gingivale de la troisième molaire, puis à angle droit un centimètre en arrière et enfoncer l'aiguille à un centimètre de profondeur.

« Si la dernière molaire n'existe pas, se rappeler que le nerf est situé juste en dedans et un peu en avant du crochet de

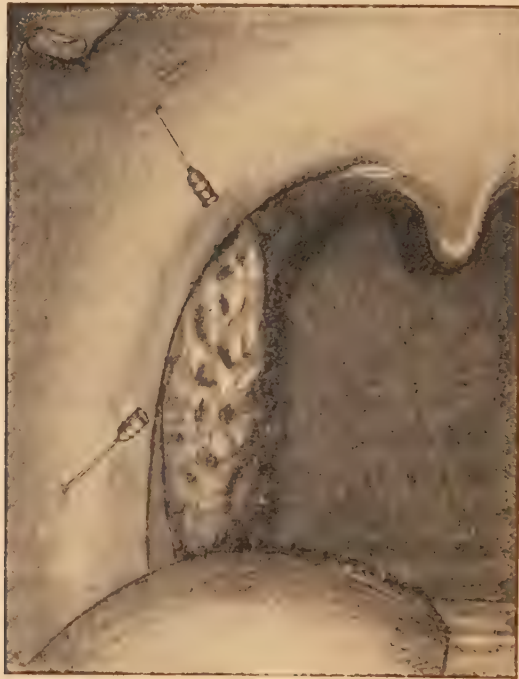


FIG 6

la lame interne de l'apophyse ptérygoïde, qu'il est très facile de sentir avec le doigt à travers le palais mou. Ce repère perçu, on enfonce l'aiguille à un centimètre en avant et en dedans » (Portmann). Puis l'on injecte quatre centicubes d'une solution à un pour cent de novocaïne additionnée de quinze gouttes d'adrénaline pour dix centicubes de solution.

Il semblerait que l'adrénaline injectée favorisât après l'in-

tervention une hémorragie par vaso-dilatation dès que son action cesse de s'exercer. Pratiquement il n'en est pas ainsi et nous avons très rarement observé d'hémorragie postopératoire. L'adrénaline, au contraire, facilite considérablement l'opération en la rendant pour ainsi dire exsangue.

Les rameaux du glosso-pharyngien, comme il a déjà été dit, constituent un plexus s'épanouissant à la partie inférieure de la région péritonsillaire externe; aussi suffit-il d'imprégner tout le tissu conjonctif avoisinant pour les anesthésier.

Dans ce but l'on injecte trois centicubes de la solution de novocaïne adrénalinée en dehors du pilier antérieur à l'union du tiers moyen et du tiers inférieur de l'amygdale en enfonçant l'aiguille perpendiculairement au pilier et à un centimètre et demi de profondeur.

Ces deux temps doivent suffire dans la majorité des cas, pour ne pas dire toujours. Cependant il arrive parfois que l'on soit en présence d'un malade particulièrement pusillanime et présentant des réflexes exagérés. Il peut être utile dans ce cas de faire un badigeonnage de l'arrière-gorge et de la base de la langue avec une solution de cocaïne au dixième non adrénalinée.

Enfin, pour obtenir une anesthésie parfaite, semble-t-il, on peut, comme Sonnenschein, de Chicago, injecter, au lieu de novocaïne, de l'alcool cocaïné suivant le procédé usité pour calmer les névralgies du trijumeau.

Section III : Opération. — Le malade est assis en face du chirurgien. Sa face est aseptisée avec de l'alcool goménolé.

Premier temps : Dégagement du pôle supérieur. — Après avoir installé l'ouvre-bouche de Whitehead avec abaisse-langue automatique, on prend l'amygdale largement et en son milieu à l'aide d'une pince à griffe. D'une main l'on tire fortement l'organe hors de sa loge : il déborde ainsi la saillie du pilier antérieur, tandis que de l'autre l'on va disséquer.

Il convient, pour mieux établir le siège de l'incision, de s'en figurer le tracé avant de tirer l'amygdale hors de sa loge. La muqueuse étant distendue par la traction exercée, il est en

effet difficile d'inciser si l'on n'a fixé ses repères sur le bord du pilier antérieur et par suite de trouver le plan de clivage.

L'incision, à l'aide d'un bistouri long à double tranchant, commence au niveau du tiers inférieur le long du bord du pilier antérieur sans entamer les fibres musculaires. Contournant le pôle supérieur de l'amygdale avec l'autre tranchant,

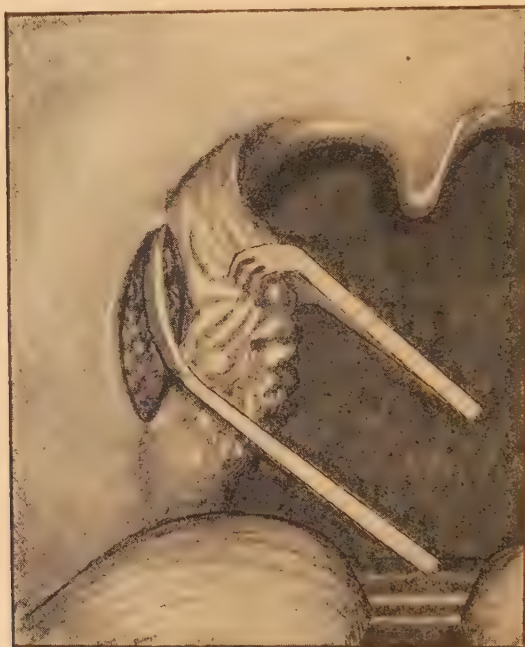


FIG. 7

l'on poursuit l'incision sur le bord libre du pilier postérieur jusqu'à l'union de son tiers moyen et de son tiers inférieur. Cependant, on tire fortement l'organe vers l'amygdale opposée et dès la fin de l'incision on aperçoit la capsule amygdalienne lisse et de coloration blanchâtre (Fig. 7).

Deuxième temps : Décollement de l'amygdale. — Avec un décolleur-mousse on débride fortement la capsule à sa partie antérieure et au niveau du pôle supérieur. Puis, toujours sui-

vant le plan de clivage et à l'aide d'un décolleur courbe légèrement tranchant, on détache de haut en bas l'amygdale du fond de sa loge (Fig. 8).

Troisième temps : Section du pôle inférieur. — L'amygdale n'est donc plus retenue que par son pôle inférieur; elle bascule et obstrue transversalement l'isthme du gosier. On la charge alors avec le serre-nœud de Vacher et l'on s'assure



FIG. 8

que l'anse froide glisse le long de la paroi pharyngée sans entamer l'amygdale. On serre lentement jusqu'à section des dernières attaches de l'amygdale : l'organe doit tomber dans la cavité buccale (Fig. 9).

Quatrième temps : Inspection de la loge amygdalienne. — L'opération terminée, on laisse à demeure quelques secondes un tampon pour hémostase, puis l'on écarte le pilier antérieur avec un écarteur *ad hoc* (Fig. 5). La loge apparaît absolu-

ment nette, lisse, sillonnée parfois par des veines que l'on a respectées au cours de l'intervention. La plaie est souvent le siège d'un léger suintement sanguinolent. Application d'un tampon d'eau iodée pendant un instant.

Soins postopératoires. — Il est toujours utile de faire sucer de la glace au malade après l'opération. On lui administrera des liquides froids le premier jour. Puis son alimentation sera



FIG. 9

molle, tiède, quarante-huit heures après l'intervention et normale le huitième jour.

Il devra garder le lit deux jours et ne se lever que s'il ne souffre pas ou ne présente pas d'adénite cervicale. Il fera des lavages de la bouche trois fois par jour avec une solution boro-oxygénée dès le surlendemain de l'opération.

Pendant les cinq premiers jours, on assiste à la cicatrisation de la plaie : elle est souvent précédée d'un léger sphacèle sur

lequel il convient de ne pas intervenir. Après ce laps de temps, le malade est généralement à même de rentrer chez lui et de reprendre ses occupations.

Ce procédé de dissection, dont nous venons de rapporter la technique journallement employée par notre maître, le professeur agrégé Portmann, est indiscutablement supérieur à tous les morcellements que l'on a pu pratiquer jusqu'à nos jours sur l'amygdale. Outre l'extirpation totale de l'organe qu'il permet d'obtenir, il diminue considérablement les risques d'hémorragie opératoire : en effet, les vaisseaux sont dégagés de tous les tissus qui les entourent ou, se rétractant après étirement, font eux-mêmes l'hémostase.

De plus il permet de prendre, le cas échéant, le vaisseau saignant dans une pince, voire de le ligaturer.

Les statistiques, d'ailleurs, viennent confirmer la bénignité opératoire de cette intervention :

Section IV : Statistiques. — I. — Frans Narsk publie en 1922 les résultats suivants :

102 malades opérés pour amygdalite à répétition : 85 guérisons, 8 insuccès, 9 résultats médiocres.

33 malades opérés pour phlegmons amygdaliens : 30 guérisons.

Les quelques mauvais résultats tenaient à une amygdalectomie incomplète qui avait respecté le pôle supérieur.

14 malades opérés pour rhumatisme amygdalien aigu : 14 guérisons.

4 malades opérés pour rhumatisme amygdalien chronique : 4 guérisons.

5 malades opérés pour cacosmie : 5 succès.

4 malades se plaignaient, à la suite de l'opération, de pharyngite. Il ne s'agissait pas de pharyngite atrophique. Les troubles pharyngiens ne préexistaient-ils pas à l'opération ?

3 malades accusaient l'opération d'avoir modifié leur voix et déterminé des troubles dans le chant.

II. — Sur 670 dissections d'amygdales, Tilley (de Lon-

dres) n'a constaté que 4 hémorragies, soit 0,8 %, tandis que l'énucléation avec la guillotine en donnait 4 à 5 %.

III. — Sur 121 cas dont nous avons réuni les observations et que nous avons vu opérer, nous ne relevons que deux hémorragies.

La première se produisit chez une femme âgée de 88 ans qui ne pouvait tolérer de pince à forcipressure et à qui l'on dut faire de la compression locale : l'hémorragie, pas alarmante d'ailleurs, fut arrêtée au bout d'une demi-heure.

La seconde fut arrêtée chez un jeune homme d'une vingtaine d'années, à l'aide d'une pince laissée à demeure pendant une heure environ.

17 malades furent opérés pour hypertrophie simple : 17 guérisons.

22 malades pour abcès amygdaliens et péri-amygdaliens : 22 guérisons.

59 malades pour amygdalites à répétition : 59 guérisons.

13 malades pour phénomènes hyperesthésiques : 8 succès.

6 malades pour mycosis : 6 guérisons.

3 malades pour cacosmie : disparition des mauvaises odeurs dans les trois cas.

1 malade fut opéré pour albuminurie amygdalienne : amélioration très nette (cas trop récent pour appréciation définitive).

CONCLUSIONS

I. En se basant strictement sur les données anatomiques, la méthode de dissection que nous préconisons paraît être la seule intervention rationnelle pour l'énucléation des amygdales et aussi la seule vraiment chirurgicale.

II. Les recherches anatomopathologiques, d'autre part, nous faisant déceler des lésions profondes inaccessibles aux différents amygdalotomes utilisés jusqu'ici, prouvent la supériorité incontestable de l'amygdalectomie totale.

III. Les indications de cette intervention seront synthétisées en un seul terme : l'infection. Cette infection peut se développer au niveau de l'amygdale elle-même ou provoquer des troubles à distance. Elle justifie aux yeux de tout clinicien une exérèse maxima de l'organe malade que l'amygdalectomie réalise largement.

IV. Cette opération ne sera faite que chez les sujets ayant atteint 16 à 17 ans, des raisons d'ordre physiologique et de sérieuses difficultés opératoires s'y opposant chez l'enfant.

V. L'amygdalectomie ne constitue pas une opération mutilante ni dangereuse : on la pratique en dehors de toute poussée infectieuse aiguë, toujours sur malade assis, et sous anesthésie locale.

VI. Les suites opératoires ne sont pas très douloureuses. La formation de sphacèle superficiel au niveau de la plaie exige une hospitalisation de cinq jours au maximum.

VII. L'on peut affirmer que la mortalité par amygdalectomie n'est pas plus importante que par les divers autres procédés, ni les hémorragies plus fréquentes.

VU : *Le Doyen,*

C. SIGALAS.

VU, BON A IMPRIMER :

Le Président,

E.-J. MOURE.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 11 juillet 1925.

Le Recteur de l'Académie,

F. DUMAS.

BIBLIOGRAPHIE

- BALFOUR. — L'amygdalectomie chez les enfants au point de vue de la chirurgie générale. *Ann. of surgery*, mars 1915.
- BANE. — Amygdalectomie ou amygdalotomie. *Denver med. Times*, janvier 1907.
- BARTON. — De l'influence de l'anesthésie dans les opérations sur les amygdales. *Med. Assoc.*, sect. R. L., juillet 1921, cité dans *Archiv. intern. de laryng.*, 1922, t. II, p. 623.
- BECK. — Lésions histopathologiques des amygdales réclamant l'énucléation. *Illinois med. Journ.*, avril 1912.
- BLANK (G.). — Sur les rapports entre l'amygdalite chronique et les affections générales et sur l'amygdalectomie dans le procédé de Klapp. *Die Therapieder gegenwart*, 5 mai 1920; in *Presse méd.*, 8 septembre 1920.
- BLEGOAD. — L'amygdalectomie. *Archiv of laryngol. rhinol.*, Band XXIV, Heft 1.
- BOOT. — Amygdalectomie chez l'enfant. *Illinois med. Journ. Springfield*, septembre 1912. XXII, n° 3.
- BRÖCKAERT. — L'amygdalectomie. *Le Larynx*, n° 1, 1912.
- BRYAN (Foster). — Amygdalectomie chez les adultes. Avantages de l'anesthésie locale. *Med. Journ. of Australia*, 1919, vol. II, p. 349; *Journ. of laryngol.*, avril 1920.
- BUSQUET. — *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*, 1904.
- CANUYT. — Réflexions cliniques et pratiques sur les phlegmons péri-amygdaliens. Soc. de laryng., otol. et rhinol., Paris, décembre 1921.
- CARCELLER. — L'amygdalectomie. *Revue esp. de laryngol., otol., rhinol.*, 1915, nos 1, 2.
- CAW (Mac). — De l'amygdalectomie. *New-York S. Journ. of med.*, février 1912.
- CHAMBERLIN. — Considérations pratiques sur l'extirpation totale des

- amygdales basée sur une expérience de 500 cas. *The Laryngoscope*, septembre 1910.
- CULLOM. — Amygdalectomie et anesthésie locale. *The Laryngoscope*, 1920, vol. XXX, p. 419; in *Journ. of laryngol.*, mai 1921.
- DAVIS (Leslie). — Amygdalectomie. Pourquoi? Quand? Comment? *Med. Record.*, 25 novembre 1911, p. 1099.
- DUTHEILLET DE LAMOTHE. — Amygdalectomie et amygdalotomie. *Revue de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, 30 avril 1923.
- ESCAT. — Maladies du pharynx. Naud, éditeur, Paris, 1901, p. 240.
- FAULKNER. — Rôle mécanique de l'amygdale.
- FEIN. — De l'amygdalectomie. *Munch. medical Woch ns.*, n° 37, 1909.
- FETTEROLF. — Anatomie et rapports de l'amygdale. Applications chirurgicales. *Amer. Journ. of med. sc.*, juillet 1912.
- GAREL. — Discussion sur l'amygdalectomie. *Bulletin et mém. de la Société française d'oto-rhino-laryngol.*, 1914, t. XXXI, 2^e partie, et Discussion, t. XXXII, 1^{re} partie.
- GOERKE. — L'amygdalectomie; ses indications et ses résultats. *Archiv internat. de laryngol.*, 1914, n° 3.
- GOODALE. — L'histologie des altérations rétrogradées des amygdales chez les adultes. XXIII^e Congrès de l'Assoc. amér. de laryngol., in *Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 51, 1901.
- GERISEZ. — De l'amygdalite cryptique. Maladie générale. *Gazette des hôpitaux*, juillet 1921.
- GWIN. — Amygdalectomie totale. *Journ. of the Amer. med. Assoc.*, 21 janvier 1911.
- HASTINGS. — Histologie pathologique de l'amygdale. *California State Journal of med.*, décembre 1910.
- Amygdalectomies chez des adultes rhumatisants avec critique des résultats. *Amer. laryngol. Assoc.*, 30 mai 1921.
- HETT. — Anatomie de la capsule de l'amygdale; sa signification dans le traitement des maladies de l'amygdale. *Journ. of laryngol., rhinol. and otol.*, novembre 1910.
- HORVEL. — La simple hypertrophie de l'amygdale est-elle une raison suffisante pour son énucléation. *The Journ. of laryngol. and otol.*, t. XXXVI, 10 octobre 1921.

- HOVELACQUE. — Les nerfs craniens. Anatomie macroscopique.
- JACQUES. — De la pratique de l'amygdalectomie. *Bull. et mém. de la Soc. franç. d'oto-rhino-laryngol.*, t. XXXIII, 1^{re} partie, p. 88.
- KENERSON. — Mort par abcès de l'amygdale. *New-York med. Journal*, 14 juillet 1906.
- KÉRANGAL (DE). — De l'amygdalectomie par énucléation et torsion du pédicule. *Archiv int. de laryngol.*, 1922, p. 961.
- LEBRAM. — Érosion de la carotide dans le cas d'abcès pér tonsillaire. *Zeits. f. Ohrenheik.*, 1^{er} novembre 1905.
- LE MÉE. — Discussion sur l'amygdalectomie maxima. *Bull. Soc. belge d'oto-rhino-laryngol.*, 24 février 1924.
- LESCA. — Les amygdales palatines infectées. Thèse de Paris.
- LEYMANN. — Statistique. *American laryng. rhin. and otol. Society*, 1917.
- LYON (Alexander). — Mort subite par rupture d'un abcès amygdalien dans le larynx. *The Lancet*, 20 septembre 1922.
- MACKENZIE. — Considérations pratiques sur le traitement de l'hémorragie pendant et après l'amygdalectomie. *Med. Ass.*, sect de R. L., juillet 1921; cité *Archiv int. laryng.*, t. II, 1922, p. 625.
- MAGNAN. — L'exérèse du pôle supérieur de l'amygdale palatine. Thèse de Paris, 1924.
- MAYER (O.). — Histologische B bei chronischer Entzündung der Tonsillen. *Monatsch. f. Ohrenh.*, Berlin u. Wien., 1923.
- MIÉGEVILLE. — Amygdalectomie partielle et amygdalectomie totale. *Sud. méd. et chirurgical*, 15 août 1924.
- MIGNON. — Le rôle des amygdales dans la toux. *Bull. et mém. de la Soc. franç. d'oto-rhino-laryngol.*, t. XXXIII.
- MIODOWSKI. — Histologie de l'amygdale. *Archiv f. laryng.*, Band XV., Heft 3, 1904.
- MOULONGUET. — Indications et technique de l'amygdalectomie. *Presse médicale*, 7 juillet 1923.
- MOURE. — Discussion. *Bull. et m. m. de la Société franç. d'oto-rhino-laryng.*, Congrès 1914, p. 116, t. XXXII, 2^e partie.
- Amygdalectomie et amygdalotomie. *Rev. de laryngologie*, Paris, 1923.

- MOURET et CAZEJUST. — Recherche anatomique sur le recessus palatin et le pôle supérieur de l'amygdale. *Annales des maladies de l'oreille*, année 1921, p. 591.
- Amygdalectomie maxima ou amygdalectomie haute. *Annales des maladies de l'oreille*, t. XLII, n° 9, 1923, p. 845.
- NARSK (Frans). — Résultats de l'amygdalectomie. *Ugeskr. f. Laeger*, 7 décembre 1922, cité analyse *Annales des maladies de l'oreille*, t. XLII, n° 4, année 1923, p. 444.
- POIRIER. — Anatomie descriptive. Lymphatiques. *Anatomie*, t. II.
- PORTMANN. — L'adénite amygdalienne. *Revue de laryngol.*, 30 juin 1920, p. 353, t. XLI.
- Discussion Soc. belge d'oto-rhino-laryngol., 10 juillet 1921.
- L'amygdalectomie totale. *Presse médicale*, 14 janvier 1925.
- PORTMANN-CATALDI. — Les bases anatomo-pathologiques de l'amygdalectomie totale. 1925, édition Giuseppe Farri, Rome.
- REID (John). — Amygdalite suppurée avec passage de pus dans le médiastin et la plèvre. *Med. and surg. report.*, 29 septembre 1888.
- REUTER. — Considérations sur 500 tonsillectomies. *Zeitsch. f. Laryng.*, t. X, n° 2.
- RITTER. — Contribution à l'étude de l'anatomie pathologique des amygdales palatines. *Archiv f. Laryngol.*, Band XIII, Heft 1.
- ROUSSET. — Description anatomique des nerfs des muscles du voile du palais. *Bull. et mém. de la Société anatomique de Paris*, 1922, nos 5, 6, p. 225, 229.
- SCHLEMMER. — Étude anatomique expérimentale et clinique concernant le problème des tonsilles. *Monatsch. f. Ohrenheilk.*, n° 2, 1921.
- SÉBILEAU. — Adhérences vélopalatines. *Annales des maladies de l'oreille*, t. XLIII, n° 6, juin 1924, p. 595.
- SLUDER. — Tonsillectomy. Saint-Louis, C.-V. Mosby Company, 1923.
- SOTO. — Indications et contre-indications de l'amygdalectomie. *Revista española de laryng.*, 1923, p. 98, cité *Annales des maladies de l'oreille*, 1924, fasc. n° 4, p. 419.

- SWAIN. — Doit-on toujours pratiquer l'amygdalectomie ? *An. of otol.*, t. XXX, 1921, n° 4, p. 979, cité *Archiv intern.*, t. II, 1922, p. 628.
- TARIN. — De l'albuminurie dans l'amygdalite chronique. Paris, 1913, thèse de médecine, 1912-1913, n° 405.
- TARR (E.-M.). — Tonsillectomy in infancy and childhood ; infection ; the prime indication. *Archiv pediat. N.-Y.*, 1923, XL, 20-26.
- TESTUT (Jacob). — Anatomie topographique. T. I, p. 302.
- THOMPSON. — Nerve blocking for local anesthesia in tonsillectomy. *Ann. oto-rhino-laryng.*, Saint-Louis, 1920, XXXIV, 615-617, 2 pl.
- TILLEY (H.). — Influence de la technique sur les hémorragies graves dans les opérations amygdaliennes. *Brit. med. Ass.*, sect. R. L., juillet 1921, cité *Archiv int. de laryng.*, 1922, p. 623-626, t. II.
- VACHER et DENIS. — Amygdalectomie totale et hémorragie postopératoire. *Bull. et mém. de la Soc. franç. d'oto-rhino-laryng.*, 1914, t. XXXI, 2^e partie, p. 105.
- WILLER. — The incidence and histopathology of tuberculosis of the tonsils based on eight thousand six hundred tonsillectomies. *Arch. int. med.*, Chicago, 1921, XXVII, 631-660.
- WOOD. — Les lymphatiques des amygdales palatines. *Amer. Journ. of the med. sciences*, 1905.
- Rapport préliminaire concernant le passage des bactéries à travers le tissu amygdalien. *Med. Record*, 29 septembre 1913.
- Anatomie, physiologie et pathologie des structures tonsillaires en relation avec les infections cryptogéniques. *Medical Record*, 9 octobre 1920.
- ZANGE. — Discussion. Soc. allemande d'oto-rhino-laryngol., séance du 18 mai 1923, t. IV, n° 1, cité *Annales des maladies de l'oreille*, janvier 1924, t. XLIII, n° 1, p. 90.

